

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

44

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri BALLAND

Né à Saint-Porchaire (Charente-Inférieure), le 5 février 1900

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

COLITES DU TRANSVERSE

Président : M. P. CARNOT, professeur.

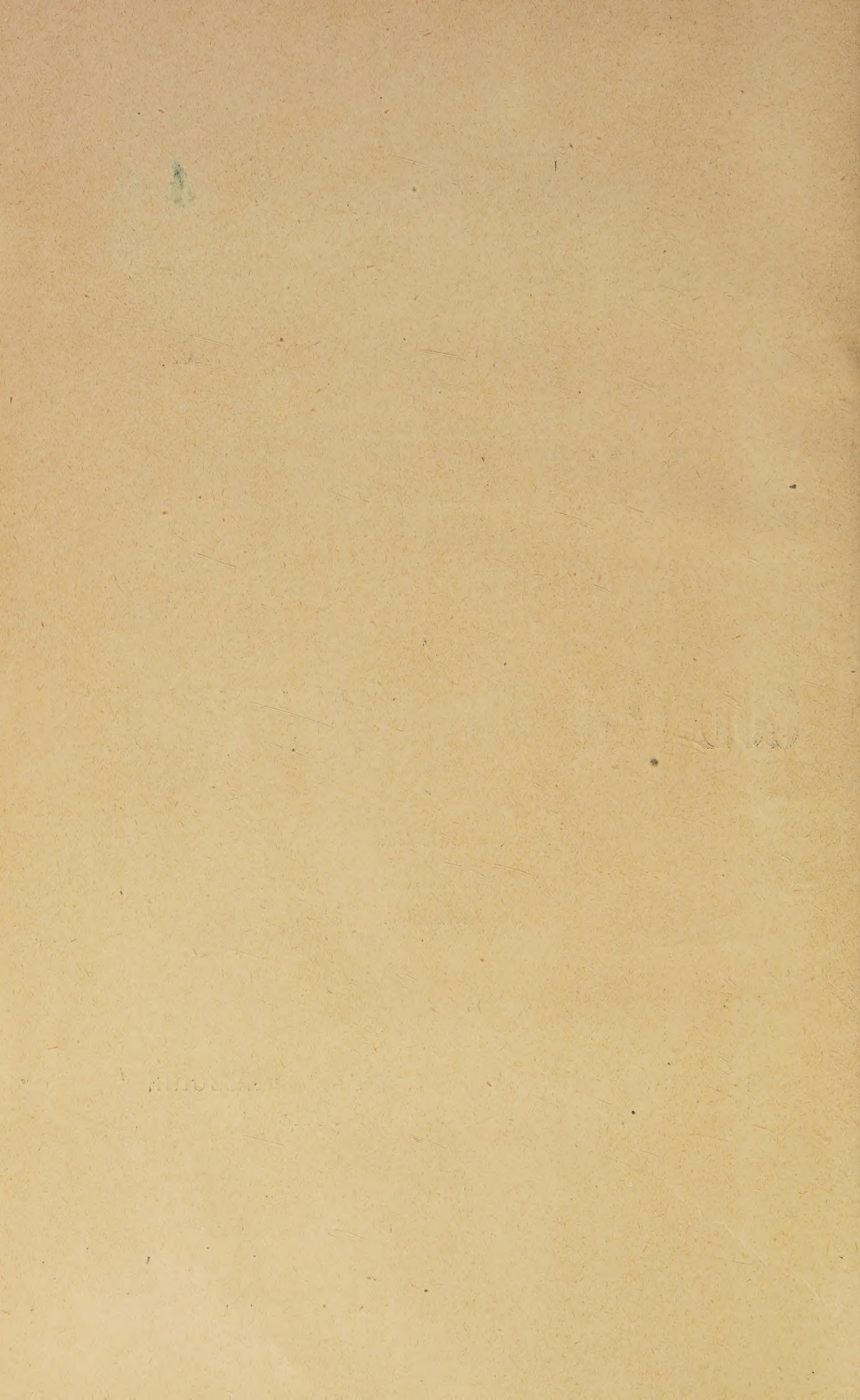
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri BALLAND

Né à Saint-Porchaire (Charente-Inférieure), le 5 février 1900

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

COLITES DU TRANSVERSE

Président : M. P. CARNOT professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, RUE RACINE, 45

1925



LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	GARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEJSSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	LEGUEU.
Clinique urologique.	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique médicale.	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	SERGENT.
Clinique propédeutique.	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale
 ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN..... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 I. de JONG..... Anatomie pathologique.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expériment¹⁰.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER.. Urologie.
 HOVELACQUE.. Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.... Obstétrique.
 LEMAITRE.... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE.... Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL.. Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT.... Pathologie chirurgicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 RIBIERRE.... Pathologie médicale.
 RICHEL Fils... Physiologie.
 ROUVIÈRE.... Anatomie.
 Physique médicale.
 TANON..... Pathologie médicale.
 TIFFENIAU... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale.
 WELTER..... Ophtalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS..... Physiologie.
 GOUGEROT.... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

RETTERER.... Histologie.
 ROUSSY..... Anatomie pathologique.

— AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE. Clinique chirurgicale in-
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	fantile.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	PROUST Clinique chirurgicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infan-	RATHERY..... Clinique médicale.
	tile.	SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
LÉRI	Clinique médicale.	TERRIEN..... Cliniq. ophtalmologique.
LEPER	Clinique médicale.	

V. — CHARGES DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
LE DOCTEUR LÉOPOLD BALLAND

A MON PÈRE
LE DOCTEUR J. BALLAND

*Pour que ma vie soit, comme
la leur, droite et normale.*

A MAMAN

A MON ONCLE
FERNAND TACHET
Tué à la guerre (1918)

A TOUS LES MIENS

*Bien faible témoignage de mon
immense affection.*

AU DOCTEUR L. DAUCHELLE
ET A SA FAMILLE

*Qui m'ont traité comme un
des leurs.*

A MES AMIS D'ÉTUDES

Fraternelle affection.

A DEUX DE MES MAÎTRES DU VIEUX COLLÈGE DE SAINTES
A QUI JE DOIS BEAUCOUP

M. B. PIOBETTA

Professeur de troisième

*Pour m'avoir, le premier,
compris.*

M. ALBERT PELLETIER

Professeur de rhétorique

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET
DES HOPITAUX

ET EN PARTICULIER :

AU DOCTEUR RAYMOND GRÉGOIRE

Professeur agrégé. Chirurgien des hôpitaux

AU DOCTEUR MILIAN

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Précis et didactique.

AU DOCTEUR G. FAROY

Médecin des Hôpitaux

*Qu'il veuille bien troncer ici :
Mes remerciements pour m'a-
voir inspiré le sujet de cette thèse
et mes excuses d'avoir si mal
servi sa pensée ;*

*L'assurance d'un attachement
profond pour avoir classé sous
une forme pratique mes notions
médicales éparses, avec patience,
bienveillance et bonté.*

AU DOCTEUR J. BAUMANN (de Châtel-Guyon)

*Pour sa grande amabilité et ses
excellents conseils dans la pré-
paration de ce modeste travail.*

AU PROFESSEUR PAUL CARNOT

*Pour l'honneur qu'il me fait en
acceptant de présider cette thèse.*

A MES JUGES DE THÈSE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
COLITES DU TRANSVERSE

« Quand j'écris et parle de moi au singulier, cela suppose une confabulation avec le lecteur ; il peut examiner, discuter, douter et même rire ; mais quand je m'arme du redoutable Nous, je professe, il faut se soumettre. »

BRILLAT-SAVARIN,
Préface de la Physiologie du goût.

C'est un fait banal que de rappeler l'importance acquise au cours de ces dernières années par les manifestations colitiques dans la pathologie du tube digestif. Ces troubles intestinaux seront mis assez facilement en évidence pour peu qu'on les recherche avec attention ; ils ont été maintes fois décrits et je n'ai pas la prétention d'ajouter quoi que ce soit aux travaux importants publiés sur ce sujet.

Il est cependant un fait sur lequel G. Faroy et J. Baumann ont insisté à plusieurs reprises, à savoir la part trop restreinte laissée au côlon transverse dans l'étude des colites segmentaires. Pour la plupart des auteurs, en effet, il semble bien que la pathologie nouvelle du gros intestin soit dominée presque uniquement par deux grands syndrômes : caeco-ascendant d'une part, avec prédominance de

phénomènes toxi-infectieux, et sigmoïdo-rectal de l'autre, ce dernier caractérisé surtout par des troubles de l'évacuation. Très rarement il est fait mention de phénomènes pathologiques se manifestant au niveau du côlon transverse et, presque toujours on rattache partiellement celui-ci, soit au côlon proximal, soit au côlon terminal.

Certes, dans le complexe symptomatologique des colites, il est difficile d'isoler les phénomènes pathologiques propres au transverse et trop exceptionnel de rencontrer des troubles assez caractéristiques de cette seule portion du gros intestin pour qu'on puisse décrire une forme pure de colite du transverse. Néanmoins, il est indéniable que certaines manœuvres cliniques et surtout l'examen radiologique systématique de tous les colitiques et des faux gastropathes (dyspeptiques, neurasthéniques ou pto-sés), permettent de déceler des phénomènes spasmodiques ou douloureux, des anomalies de forme, de transit, des images en série, constantes pour un même malade ou superposables, un tout symptomatologique en un mot qui, ne répondant à aucun des syndromes classiques, ne peut être logiquement rapporté qu'aux altérations du côlon transverse.

Cette manière de voir me semble légitimée par :

1° La constitution anatomique de ce segment intestinal;

2° Par son rôle physiologique surtout;

3° Enfin, par les lésions qu'on y observe, et qui

dans certains cas semblent respecter les autres portions du gros intestin.

Il est indispensable, avant d'aborder cette étude, de préciser ce que j'entends par côlon transverse; cette notion empruntée à Faroy et Baumann est basée sur le rôle physiologique de cet organe, ainsi qu'on le verra plus loin. Pour ces auteurs, le côlon transverse comprend tout le segment moteur du gros intestin qui « commence après l'angle droit et finit à l'anse sigmoïde », englobant dans ces limites non seulement le transverse anatomique, mais également la première portion du descendant; en somme ce que l'on est habitué de nommer côlon intermédiaire ou distal.

Je n'en décrirai pas l'anatomie morphologique, telle qu'on la trouve dans les classiques. Il m'a paru qu'elle était ici d'un intérêt secondaire, et ceci pour plusieurs raisons: tout d'abord l'étude anatomique, faite sur le cadavre, ne semble pas correspondre en tous points aux données fournies par l'examen d'un intestin vivant; d'autre part, le côlon transverse physiologique qui nous occupe n'est pas exactement le transverse des anatomistes. En troisième lieu, les auteurs classiques observent un silence à peu près complet sur l'innervation propre du gros intestin, telle qu'elle ressort par exemple des travaux de Keith, Cajal et Loeper, et sur laquelle j'insisterai plus loin.

Des données anatomiques classiques, on retiendra seulement ceci: l'angle droit ou hépatique est beaucoup moins fixé que l'angle gauche. Il possède un

court méso péritonéal et Jonnesco lui décrit trois ligaments :

1° Hépato-colique (hépato-surrénal de J. L. Faure).

2° Cystico-colique, prolongeant à droite le bord libre de l'épiploon gastro-hépatique ;

3° Ligament gastro-duodéno-colique, ou grand épiploon. Presque jamais on ne les trouve au complet et même dans ce cas, ils semblent trop faibles pour soutenir efficacement l'angle. Fromont insiste sur la rareté du ligament colique-droit ; Glénard dit qu'il n'y a pas de ligament suspenseur proprement dit du coude droit du colon. De toute façon, il paraît assujetti aux déplacements du foie.

L'angle gauche ou splénique est constant et beaucoup plus fixe que le droit. Cette situation tient à la présence d'un ligament suspenseur sérieux : ligament phrénico-colique. Pour Poirier, Jonnesco, Tillaux, il se continuerait avec le grand épiploon. Ce repli péritonéal décrit des arcades ligamenteuses en éventail, qui font porter sur un grand espace leur action de soutien. Bien développé, il étend et suspend l'intestin, trop fort et étroit, il peut le couder brusquement et être un obstacle à la progression des matières. Presque toujours plus élevé que le droit, l'angle splénique est appliqué contre la paroi latérale gauche de l'abdomen et la partie inférieure de la face interne de la rate, au devant de l'extrémité supérieure du rein et de la capsule surrénale correspondants.

En résumé ; angle gauche plus élevé, moins mobile que le droit.

Quant au transverse proprement dit, à son aspect et sa situation, les avis sont très partagés, certains auteurs concluant à un type bas, sous ombilical, d'autres à un type plus élevé.

Ces divergences et les raisons exposées plus haut seraient, semble-t-il, amplement suffisantes pour que nous accordions la préférence aux données fournies par la radiologie, qui permet à la fois l'examen sur le vivant, dans l'état pathologique ou dans l'état normal, dans la station couchée ou la station debout.

Mais, là encore, quand on essaie d'établir un type de transverse normal, la difficulté n'apparaît pas moins grande, soit que cette étude d'anatomie radiologique n'ait pas été systématiquement pratiquée, soit qu'elle ait été troublée au point d'être rendue presque impossible par les variations qui existent d'un sujet à l'autre dans le transit ou la manière de se comporter de l'intestin vis-à-vis de la bouillie opaque.

L'explication de ces difficultés semble donnée par l'embryologie. La formation du côlon transversal résulte en effet des torsions et coudures que subit le côlon ombilical du fœtus dont certains arrêts de développement expliquent, pour le segment colique intéressé, la possibilité d'anomalies morphologiques relativement fréquentes.

Les accolements péritonéaux et les expansions

polygonales les faisceaux musculaires comme d'un filet de soie fine. Les nœuds de ce filet sont des ganglions très petits ou des amas de cellules nerveuses, auxquels le Dr Lœper fait jouer un rôle de tout premier plan.

Le plexus de Meissner, situé dans la couche sous-muqueuse, au voisinage de la *muscularis mucosæ*, est disposé sur plusieurs plans finement anastomosés. Il se distribue aux villosités et aux glandes intestinales, et même aux éléments musculaires des villosités et des vaisseaux, suivant un procédé identique à celui du plexus d'Auerbach pour la couche musculaire.

La structure des plexus intestinaux est simple. Les travaux de Lœper apportent des précisions nouvelles sur les éléments, fibres et ganglions qui les composent.

Les fibres nerveuses sont des fibres sans myéline de Remak.

Les ganglions, moins nombreux au niveau du transverse que sur l'extrémité supérieure du côlon ascendant et la portion inférieure de l'anse sigmoïde (Keith), sont de deux sortes : bien que possédant des caractères communs (forme arrondie ou ovalaire ; présence de fibres et de cellules nerveuses) ils varient par leur situation ou par la disposition de leurs éléments composants.

a) Par leur situation : les uns s'allongent parallèlement à l'axe de l'intestin ou se dressent perpendiculairement au milieu des fibres musculaires ; les

autres, pédiculés, sont enroulés sur eux-mêmes comme en spirale.

b) Par la disposition de leurs éléments: sur les ganglions arrondis, les cellules sont plus ou moins régulièrement disposées, soit qu'elles recouvrent toute la surface du ganglion, soit qu'elles se massent à ses extrémités ou décrivent des anneaux complets ou incomplets à sa périphérie.

Sur les ganglions pédiculés, les cellules sont parallèles aux spires, à peu près régulièrement placées et leur ensemble figure assez exactement un corpuscule tactile du type Meissner.

Toutes ces cellules sont de formes variées : arrondies, ovalaires, triangulaires ou piriformes, uni- ou multipolaires, ce qui explique les opinions en apparence contradictoires d'Auerbach, Gerlach et Cajal, à leur sujet.

L'enveloppe des ganglions eux-mêmes est une trame conjonctive mince avec quelques noyaux cellulaires allongés. Entre le ganglion et son enveloppe, existe un espace clair, « sorte de cavité capsulaire, dont l'importance est grande au point de vue pathologique, puisqu'elle représente la gaine lymphatique des racines nerveuses de l'intestin » (Lœper).

Les fibrilles nerveuses poussent des prolongements plus ou moins ramifiés entre les éléments musculaires, avec, de distance en distance, une ou plusieurs cellules nerveuses en relai. Dans la couche sous-muqueuse, les fibrilles sont plus fines et plus nombreuses encore; les amas cellulaires sont, de

même, moins importants et ne présentent plus véritablement le caractère des ganglions que l'on rencontre dans la couche musculaire.

Lorsqu'on arrive enfin aux éléments épithéliaux et glandulaires de l'intestin, on ne trouve plus que d'assez rares cellules nerveuses. Elles sont cependant constantes, ainsi que l'a montré Cajal.

PHYSIOLOGIE. — On a vu que l'innervation du gros intestin et du côlon transverse en particulier, était assurée à la fois par le pneumogastrique et le sympathique, sans qu'il soit possible de dire quelle part exacte revient à chacun d'eux.

La physiologie nous apprend d'autre part que le côlon transverse, tel qu'il est défini plus haut, est le segment moteur du gros intestin. C'est à lui qu'est dévolu le rôle de faire progresser vers le simple réservoir qu'est le côlon terminal (ansesigmoïde et rectum) les résidus provenant du cæcum et de l'ascendant, qui sont encore des organes de digestion et d'absorption. Il complète la déshydratation de ces résidus, les réduit par un brassage énergique, en une masse compacte qu'il pousse, normalement en une dizaine d'heures, jusqu'au côlon sigmoïdien.

Ces fonctions sont assurées par une série de mouvements et par le jeu des glandes de Lieberkühn. Avec R. Glénard, en reprenant les expériences de Cannon, je distinguerai des contractions de brassage, des mouvements péristaltiques et antipéristaltiques.

1° Contractions de brassage : il se produit sur l'intestin, une série de strictures circulaires qui le

segmentent en autant de portions à peu près égales ; chacune de ces portions se divise, en outre, par le milieu, tandis que les strictures précédentes disparaissent, et ainsi de suite. Ces contractions annulaires ne paraissent pas cheminer de façon sensible le long de l'intestin, ou alors, c'est une progression par ondes très courtes, qu'il est d'autant plus difficile de saisir que les nœuds de contraction sont plus rapprochés.

2° Les mouvements péristaltiques assurent la progression du contenu intestinal jusque dans l'anse sigmoïde, où elle paraît s'arrêter. Les fibres circulaires de la musculature se contractent successivement, de haut en bas, à mesure que la matière progresse dans le tube intestinal, de sorte que cette matière, comprimée en amont, se trouve poussée dans la portion suivante de l'intestin dont les fibres sont encore dans le relâchement. On pourrait distinguer deux variétés de mouvements péristaltiques : des contractions profondes à ondes courtes, propres au côlon intermédiaire (transverse et première portion du descendant) ; d'autres plus étendues, plus superficielles, propagées à tout l'intestin, survenant plus lentement, à intervalles à peu près réguliers (de deux à trois minutes, pour l'intestin en circulation artificielle de Glénard) et faisant progresser sensiblement la masse. C'est le « péristaltic rush » de Meltzer et Auer.

3° Les mouvements dits antipéristaltiques étaient considérés comme exceptionnels ou d'ordre patho-

logique : ils sont, en réalité, normaux dans les côlons transverse et ascendant et dans le cœcum. Le contenu intestinal, enfermé comme dans un sac, est entièrement brassé et mélangé par ces contractions qui se font dans la direction du cœcum, la valvule iléo-cæcale empêchant le retour dans l'intestin grêle. Quand la masse accumulée est en suffisante quantité, une contraction péristaltique la chasse plus loin.

Gley n'admet que des mouvements péristaltiques et anti-péristaltiques ; dans ce cas, les contractions dites de brassage pourraient résulter de la rencontre, de l'interférence de ces deux séries d'ondes cheminant en sens opposé, tout au moins des ondes courtes.

4° Au niveau du côlon intermédiaire, le liquide sécrété par des glandes de Lieberkhün ne semble pas avoir d'autre action que de faciliter le passage du contenu intestinal, devenu plus épais par suite de la résorption de l'eau effectuée dans les dernières anses grêles, et même dans le cœcum et l'ascendant. Ce liquide est filant, un peu trouble, contient 2 à 3 o/o de matières solides (mucus et sel) et est fortement alcalinisé par le carbonate de soude qu'il renferme. Si le contenu intestinal est à réaction acide, c'est en raison des fermentations microbiennes. Les altérations de ces glandes joueront un rôle important dans les colites qui se manifesteront au niveau du transverse.

Nous avons vu combien il était difficile d'attribuer dans l'innervation du côlon transverse, une part

prépondérante au sympathique ou au pneumogastrique. Les deux systèmes sont, en effet, intimement mêlés avant d'aborder l'intestin. Il semble bien que le vague ait conservé le rôle actif principal, le sympathique se montrant plutôt inhibiteur.

L'excitation des filets sympathiques, issus des ganglions mésentériques inférieur et supérieur, arrête les mouvements du gros intestin ; le sympathique posséderait cependant quelques fibres motrices (Courtade et Guyon). Cependant la plupart des filets moteurs, appartiennent au système pneumogastrique. Mais la section de ces nerfs ou l'extirpation des ganglions n'abolit pas les mouvements de l'intestin, ainsi que l'ont démontré les recherches de Bayliss et Starling et celles, relativement récentes, de R. Glénard. Ce dernier, grâce à l'ingénieux procédé de la perfusion, met un intestin extirpé en état de fonctionnement presque normal, en faisant circuler par les vaisseaux, un liquide physiologique approprié (formule de Ringer-Locke). Quand le processus expérimental est conforme à certaines conditions déterminées par l'auteur, l'intestin manifeste des mouvements très rapprochés de ce qu'ils sont chez l'animal vivant, un peu plus rapides cependant en raison de l'existence chez ce dernier d'une action frénatrice du système nerveux central.

Il montre ensuite avec quelle régularité l'intestin dont les nerfs sont sectionnés, réagit aux excitants les plus divers. On voit, entre autre chose, que l'intestin se contracte violemment quand on irrite sa surface

péritonéale ; on observe, dans ce cas, la formation d'une bague serrée, trahissant l'existence d'un spasme plus ou moins prolongé. De même, si l'on ne chasse pas le liquide dans le sens du péristaltisme, il se produit une forte résistance, un spasme d'autant plus violent que l'intestin a subi l'influence de substances étrangères (sulfate de soude, etc...). Les vaso-constricteurs diminuent les mouvements intestinaux, les vaso dilatateurs les augmentent, sauf le sulfate de magnésie, qui inhibe les contractions, en augmentant la vitesse de circulation.

J'ai cru devoir insister sur ces faits ; ils ont leur importance, si l'on veut bien songer que l'irritation locale, déterminée par la stase et les réactions inflammatoires des colites, ou même par l'emploi inopportun d'une médication purgative par exemple, peut également leur donner naissance. Ils montrent en outre, d'une manière incontestable, l'autonomie du système nerveux propre de l'intestin ; le plexus solaire « cerveau abdominal », exercerait donc une simple action frénatrice.

Dans cet automatisme qui se traduit par des mouvements péristaltiques et pendulaires, le plexus d'Auerbach réserve son rôle à la couche musculaire, le plexus de Meissner, à la *muscularis mucosæ*, aux glandes et villosités. C'est ainsi que la décortication de la musculature paralyse le fonctionnement intestinal, mais le grattage de la muqueuse, tel qu'il est pratiqué dans les expériences de Magnus, ne modifie point la motricité (Bardier).

Dans ce système nerveux intra-intestinal, qui joue à lui seul le principal rôle physiologique, les actions s'exercent par voie réflexe : le chyme excite directement la muqueuse et les terminaisons nerveuses qu'elle contient ; ces réflexes à court circuit n'entraînent pas chaque fois, tant s'en faut, la participation du plexus solaire ; ils suffisent, cependant, à assurer le fonctionnement régulier de l'organe.

Dans ces conditions, on comprend qu'une lésion du système nerveux intestinal « puisse modifier ces phénomènes réflexes et troubler profondément la mécanique intestinale, que l'interruption des courants réflexes et des incitations qui en sont la conséquence puisse détruire la synergie normale et l'harmonie des fonctions. L'accélération de la traversée digestive peut aussi bien en être la conséquence que son ralentissement, l'insuffisance de l'absorption que l'exsudation anormale, le relâchement que le spasme, l'occlusion des sphincters que leur incontinence » (Loeper).

Les « sphincters » auxquels il est fait allusion et que Keith et Loeper ont décrit sur le gros intestin, sont représentés par certaines zones particulièrement riches en ganglions nerveux intra-intestinaux et en éléments musculaires. Ces zones, siégeant sur la partie droite du transverse, sur la première portion du descendant et après l'anse sigmoïde, paraissent être le point de départ des mouvements péristaltiques ou antipéristaltiques qui règlent la circulation du contenu intestinal, dans chaque élément.

On peut, avec Faroy et Baumann, baser l'autonomie du côlon moyen sur cette notion d'un organe moteur, limité par deux zones sphinctériennes.

Nous avons déjà vu que la colite du transverse ne devait pas être envisagée comme une entité morbide. La clinique nous apprend d'ailleurs, que lorsque un intestin souffre, les troubles ont rarement débuté au niveau du côlon intermédiaire. Ce fait n'a rien qui puisse surprendre, puisqu'il s'agit d'une simple région de passage, sans organes lymphoïdes particulièrement développés, présentant, par suite, de moindres risques d'infection.

Mais qu'il existe une stase cæcale par exemple, ou un processus inflammatoire intéressant tout ou partie du côlon ou les deux à la fois, sans qu'il soit question de déterminer ici qui, de la colite ou de la stase, conditionne habituellement l'autre, ou quel est le plus fréquent de ces deux phénomènes pathologiques lorsqu'on les observe isolément. Alors le transverse réagira à sa manière, c'est-à-dire qu'il sera atteint dans ses fonctions motrices ; et l'on verra s'établir une série de troubles assez marqués, pour retenir à eux seuls l'attention, troubles de transit surtout, avec leur cortège cœlialgique, créant un véritable syndrome colitique transverse qui trouve sa place entre les syndromes classiques, cæco-ascendant et sigmoïdo-rectal.

Quand on aborde l'étude de ce complexe symptomatologique, on s'aperçoit qu'il comporte deux

ordres de signes bien distincts : les uns que l'on pourrait appeler généraux ou communs, se retrouvent chez tous les malades observés ; les autres, plus particuliers, paraissent individualiser dans les manifestations colitiques du transverse des formes dans lesquelles tel ou tel cas viendrait se ranger. D'une façon générale, on peut dire que les premiers sont des signes cliniques proprement dits, les seconds étant plus spécialement d'ordre radiologique.

Pour la clarté de cette étude, il m'a paru commode d'adopter le plan suivant, entièrement arbitraire il est vrai : Essai de classification des formes dont il vient d'être parlé et étude des signes anatomo-pathologiques, radiologiques et s'il y a lieu cliniques, qui les différencient.

Dans une seconde partie, sous forme d'un examen de malade, j'essaierai de dresser le tableau symptomatologique propre à toutes les colites du transverse et de dire pour quelles raisons il s'agit bien d'une colite du transverse, traitant du même coup le diagnostic positif et le diagnostic différentiel.

Un exposé rapide des manœuvres radiologiques habituellement employées montrera qu'elles sont absolument indispensables, pour assurer le diagnostic, classer le malade dans telle ou telle catégorie et le traiter en connaissance de cause.

LES FORMES. — Quand on a la bonne fortune, assez rare, de trouver une observation complète de « transverse » ou de pouvoir suivre un malade pendant un

temps assez long, on s'aperçoit que les manifestations pathologiques ont tendance à évoluer d'une façon qui reste sensiblement la même pour tous les cas observés.

N'est-il pas logique d'utiliser pour départager les formes, cette notion clinique de l'évolution naturelle (ou qui du moins semble telle) des lésions intestinales abandonnées à elles-mêmes. Cette manière de voir paraît corroborée par l'anatomie pathologique.

On peut ainsi observer, m'a-t-il semblé, quatre grands groupes de signes radioscopiques correspondant à des lésions anatomo-pathologiques différentes, et à quatre étapes nosologiques de gravité croissante.

1° Période des troubles fonctionnels simples, forme myasthénique de Faroy et Baumann ;

2° Période des premières réactions pariétales sérieuses, forme entéro-névritique ou neuro-myopathique de Faroy et Baumann ;

3° Déchéance musculaire progressive, caractérisée par l'« asystolie » du transverse des auteurs précités ;

4° Enfin on peut décrire une quatrième forme dont la relation avec les précédentes paraît beaucoup moins nette, mais correspondant à la période de chronicité ; forme qu'on pourrait appeler des péricolites, caractérisée par des brides, des adhérences côliques, d'origine inflammatoire.

Il est bien entendu que ces formes n'ont aucune valeur absolue ; elles doivent être envisagées comme un cadre commode pour les faits cliniques observés,

mais on ne peut songer à affirmer que l'une ou l'autre d'entre elles puisse, de façon habituelle, être isolée à l'état pur, ou que la forme de déchéance musculaire par exemple, succède obligatoirement à la forme entéro-névritique. Ceci posé, on peut en aborder l'étude.

FORME MYASTHÉNIQUE. — Qu'on suppose, par exemple, une stase cæcale ou iléo-cæcale, phénomène observé de façon courante, chez la femme en particulier, ou mieux, une de ces accumulations d'aliments incomplètement digérés, bloqués pour un temps dans le cæcum, comme il peut arriver après un repas trop copieux. Le transverse, vide, par suite de cet obstacle en amont, mais sollicité quand même par le chyme intestinal ou les mouvements intestinaux, va se contracter à vide. Une fois, deux fois, dix fois, l'énergie des contractions péristaltiques viendra à bout de l'obstacle, sans qu'on observe autre chose qu'une sensation de gêne abdominale de plus ou moins longue durée. Mais que le fait devienne habituel, un manque de coordination ne tardera pas à dissocier les contractions, à en altérer le rythme.

Ou bien il s'agit de colitiques légers ou récents. Le processus inflammatoire a débuté en un point quelconque du gros intestin, mais sans avoir eu le temps de produire des lésions graves; il n'a fait que « lécher » la muqueuse, au niveau du transverse, tout au moins. D'autres fois, il s'agit de malades

surmenés, ayant une mauvaise hygiène intestinale, présentant de l'amaigrissement. Dans tous ces cas, on constate des signes traduisant un affaiblissement passager de la musculature du transverse. Les lésions locales sont sans doute nulles ou à peu près. Il est difficile de l'affirmer car, bien entendu, le contrôle anatomo-pathologique manque dans ces formes légères. Il est possible qu'il y ait des troubles de la sécrétion glandulaire, une sorte de sidération des éléments terminaux du système nerveux intra-intestinal. On pourrait faire ainsi une série d'hypothèses qui n'auraient d'autre mérite que de montrer les ressources imaginatives de leurs auteurs. Quoi qu'il en soit, il semble bien qu'on puisse dire, avec Faroy et Baumann, que des lésions minimales ou passagères sont parfaitement susceptibles de créer des troubles fonctionnels. Il suffit, pour s'en rendre compte, de se reporter aux expériences de Glénard sur l'intestin en circulation artificielle, de se rappeler les contractions violentes causées par une simple excitation de la surface péritonéale, le spasme produit sous l'influence d'un liquide irritant pour la muqueuse. Il semblerait même qu'une cause très superficielle touche davantage le système nerveux : c'est le cas, par exemple, pour la colite muco-membraneuse, simple irritation de la muqueuse.

Les signes propres à la forme myasthénique, découlent logiquement des deux caractères que l'on vient d'énoncer : l'affaiblissement de la musculature va donner le colon « en guirlande », l'atteinte du sys-

tème nerveux produira des phases d'excitation et d'inhibition, et l'ensemble se combinera pour donner la symptomatologie suivante. Les malades viendront consulter pour leur amaigrissement, se plaindront de fatigue générale. Dans la majorité des cas, leur état intestinal n'a pas attiré leur attention, parce que ces formes ne s'accompagnent pas de crises douloureuses, à proprement parler. Tout au plus cette douleur existe-t-elle au cours des phases d'excitation qui sont marquées par un état spasmodique du côlon. Ce spasme, essentiellement passager, qu'on peut surprendre ou même provoquer au moment de l'examen radiologique, ne doit pas être confondu avec l'état éréthique du transverse, qu'on rencontrera dans les arythmies de la forme entéro-névritique. On serait tenté « d'expédier » le patient en lui prescrivant un tonique ou un arrhénique quelconque. Mais au cours de l'interrogatoire, il vous a révélé quelques troubles dyspeptiques précoces, une sensation d'évacuation incomplète, qu'on arrive parfois à faire préciser. La palpation, facile chez les sujets maigres, montre un abaissement du côlon transverse et l'on pense tout de suite à une ptose. Mais la paroi est bonne, les reins sont en place, l'épreuve de la sangle ne produit pas la douleur caractéristique, le décubitus dorsal n'amène aucun soulagement.

La radioscopie, qu'il faut toujours pratiquer (d'autant que bien souvent l'intestin ne peut être perçu à la palpation), la radioscopie montre un

abaissement de la partie moyenne du transverse, avec des angles en place, abaissement parfois considérable, atteignant le pubis comme dans la ptose la plus accentuée. Mais la situation des angles, facilement dissociables, avec la conservation presque intégrale des incisures, donne au segment intestinal cet aspect festonné, en guirlande, dont il était question tout à l'heure.



Fig. 2. — Mme B..., 30 ans, colite ancienne, coelialgies ; *abaissement du côlon transverse, avec tassement des angles ; stase et ectasie de la portion moyenne.*

La mobilité, à la palpation sous l'écran, est grande. Le transverse possède, en outre, une motilité propre, qui le fait changer d'aspect, suivant que la prise de la baryte a été plus ou moins rapprochée du moment de l'examen et parfois même au cours de cet examen. Ces alternatives d'immobilité et d'hyperkinétisme peuvent être rapportées à l'irritation du système nerveux. Pour reprendre l'expression heureuse de Faroy et Baumann, c'est une atonie compensée.

En général, après trente heures, le segment intestinal est vide ; la stase que les examens précédents ont pu faire constater au point déclive, est donc passagère. L'état des selles fournit peu de renseignements utilisables : dans les formes de colite mu-

queuse, elles sont, en général, demi-molles, avec tendance à la putréfaction et réaction neutre. Les formes muco-membraneuses s'accompagnent de scybales de volume et de forme très variables, parfois glaireuses.

FORME ENTÉRO-NÉVRITIQUE. — Cette forme, qui présente des degrés de gravité très variables, est liée à des lésions anatomo-pathologiques, décrites par Loeper. Fréquemment observée, parce que les coeliagies qu'elle entraîne font tout de suite examiner l'intestin, elle paraît logiquement devoir suivre la forme myopathique non traitée et caractérise la première partie de la période chronique.

Loeper, qui en a étudié les lésions anatomo-pathologiques, dit qu'elles sont *diapédétiques* et *conjonctives*, voulant indiquer par là, qu'on y rencontre l'afflux leucocytaire et la réaction conjonctive caractéristiques du processus inflammatoire.

La diapédèse, plus aisée à mettre en évidence, suit la gaine nerveuse et la capsule du ganglion et, à un stade plus avancé, pénètre les cellules ganglionnaires elles-mêmes. Souvent, on trouve un amas de leucocytes, dans la cavité capsulaire. On peut suivre cette diapédèse dans les éléments nerveux de la couche sous-péritonéale et même dans les troncs nerveux du mésentère. Dans les colites aiguës, ou au cours des poussées aiguës d'une affection chronique, les polynucléaires prédominent. Mais, dans la majorité des cas, on trouve plutôt des éléments lympo-con-

jonctifs qui entourent plus ou moins complètement le ganglion ou les fibres nerveuses. Quand la gaine capsulaire, distendue, éclate, les leucocytes déversés en plein tissu musculaire, intensifient la réaction que manifestent déjà, pour leur propre compte, les espaces conjonctifs voisins.

La réaction conjonctive se localise à la fois à la surface du ganglion et du tronc nerveux ; elle se traduit par une multiplication de cellules allongées. En partie confondue avec la réaction lymphocytaire, elle contribue avec elle à créer ce que Loeper appelle la « symphyse neuro-capsulaire » préparant la voie aux lésions fibreuses de la péri-colite adhésive.

Ces lésions touchant la partie la plus délicate du système nerveux intestinal au niveau de ses connexions avec les éléments glandulaires et musculaires, expliquent les réactions spasmodiques qui caractérisent cette forme. Si la forme myasthénique représente la période où la motricité intestinale est encore bien compensée, on peut dire que la forme entéro-névritique, traduit, avec les premiers troubles fonctionnels importants, une période où le réflexe de compensation est anormal, en général exagéré, comme il arrive dans certaines affections cardiaques, avant les premières crises d'asystolie.

Ici, le retentissement sur le système solaire est considérable et se manifeste par la grande part occupée dans les signes cliniques, par l'élément douleur. Ces cœlialgies ne font jamais défaut dans cette forme de colite du transverse. Un point sur lequel

le Dr Faroy a insisté à plusieurs reprises est relatif à l'observation chez ces malades, de troubles dyspeptiques marqués. Le malade accuse très fréquemment des douleurs, précoces ou tardives, à siège épigastrique, des états nauséux ou pituiteux, des régurgitations acides, des vomissements même.

Ces réactions duodénales, gastriques ou œsophagiennes, pouvant faire attribuer le rôle pathologique essentiel à des lésions de ces organes, contribuent fortement à égarer le diagnostic.

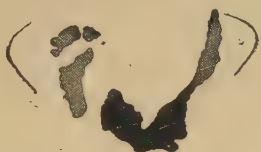


Fig. 3. — *Forme arythmique* ; 37 heures après repas baryté, stase et ectasie du transverse moyen, spasme des transverses droit et gauche.

En même temps, l'examen clinique, par l'interrogatoire et la palpation, permet de déceler une douleur que les malades localisent très bien dans la région abdominale moyenne, douleur en barre ou en ceinture, survenant une demie à une heure et demie après les repas. Les mêmes moyens d'investigation montrent l'apparition fréquente de véritables crises solaires, avec leurs caractéristiques bien connues : brièveté, acuité de l'élément douleur, sensation d'angoisse. Elles surviennent à des intervalles excessivement variables et sont souvent périodiques. Chez la femme, en particulier, elles sont habituellement

liées au phénomène de la menstruation. Elles s'accompagnent de nausées, de battements de l'aorte abdominale, peuvent durer un quart d'heure, une heure, ou devenir subintrantes avec persistance de cet état pendant des journées entières.



Fig. 4. — M. D...; colite ancienne ; *forme arythmique*
alternances de spasme et d'atonie.

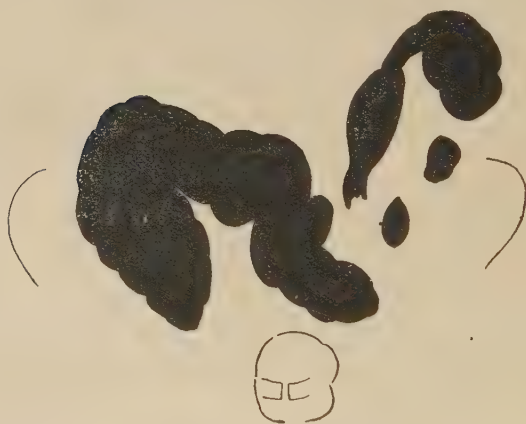


Fig. 5. — Mlle B..., 20 ans ; *transverse arythmique*; hyperkinésie et
antipéristaltisme sur segment gauche du transverse.

Dans d'autres cas, les douleurs abdominales sont moins précises et l'état de mal est plutôt marqué par des réflexes d'ordre vagotonique ou sympathicotonique (troubles cardio-musculaires ou nerveux).

Les périodes d'érithisme du colon transverse

qu'on voit survenir au cours de cette forme essentiellement arythmique, peuvent simuler une crise d'occlusion intestinale incomplète : elles en ont la brutalité d'apparition, souvent nocturne, le tympanisme, la rétention des gaz, les vomissements. Cet

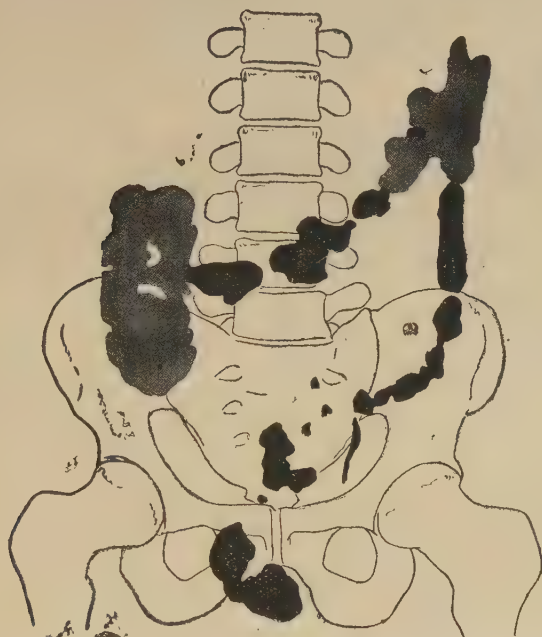


Fig. 6. — Mme H..., 38 ans ; *transverse arythmique et éréthique*.

état qui cède à la belladone ou à une compression lente de l'abdomen, est-il purement spasmodique, ou dû à un engouement inflammatoire des régions angulaires ? Il est probable que les deux hypothèses sont partiellement vraies.

C'est dans ces formes entéro-névritiques que l'étude radioscopique du transit intestinal fournit les indications les plus précieuses.

Les contractions anormales qui traduisent une véritable arythmie de la fonction motrice, sont aisément décelables après ingestion, suivant une technique convenable, de bouillie barytée. On aperçoit au niveau du segment moyen des noyaux volumineux marqués par des blocs de baryte, alternés avec des espaces clairs, plus petits, comme ramassés sur eux-mêmes. Les zones sombres, immobiles ou presque, ectasiées, correspondent aux régions intestinales en état plus ou moins passager d'atonie.

Les zones claires, contenant peu ou pas de substances opaques, indiquent les régions où l'intestin est contracté ; cet état de spasme est plus ou moins marqué, plus ou moins prolongé. Ces nœuds de contracture se voient toujours au niveau de l'angle colique droit, sur la moitié gauche du transverse et sur la première portion du descendant.

Il est bien entendu qu'on peut rencontrer tous les degrés : dans certains cas, il y a prédominance de l'atonie et cet aspect du transverse se rapproche de celui qu'on observe dans la période suivante où la musculature est dans un état d'anergie complète. Dans d'autres cas, au contraire, l'intestin est presque entièrement contracté et l'on peut voir apparaître tous les stades jusqu'à une véritable érection du colon transverse. Voici ordinairement ce que l'on observe : sur l'angle gauche très haut situé, remontant sous le diaphragme jusqu'au dessus des fausses côtes, le transverse apparaît tendu comme une corde. Il peut être détaché du descendant de la façon la plus nette

ou bien accolé à lui, en canon de fusil. Ce segment intestinal, très irrégulier, très contractile, présente des incisures multiples ; il est en général de petit calibre et la main qui palpe sous l'écran constate sa

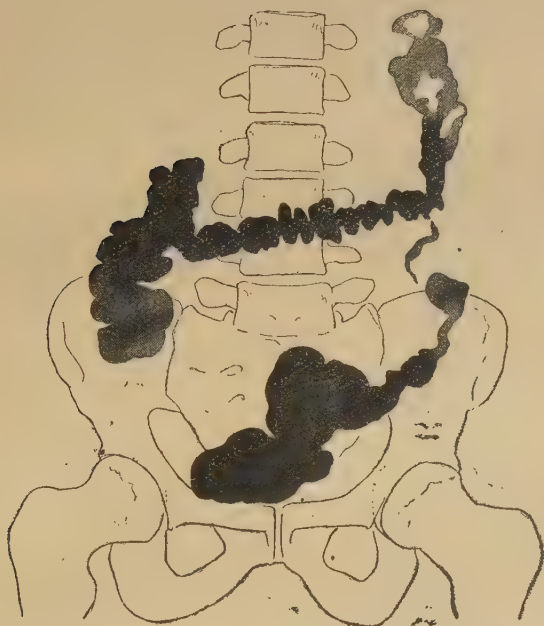


Fig. 7. — Mme C..., 28 ans ; *transverse éréthique*.

rigidité. C'est le transverse en écharpe de Faroy, de de Martel et Antoine, qui s'observe chez des colitiques névropathes. En contraste avec cet aspect filiforme, le côlon ascendant est souvent dilaté ; il existe, en outre, parfois, de l'aérocolie des régions angulaires.

Dans toutes ces formes, la palpation sous le contrôle radioscopique, permet de préciser la situation des points douloureux. Les uns siègent sur le

côlon lui-même, en particulier aux angles et sur les zones sphinctériennes ; les autres, extra-côliques, traduisent l'altération des plexus. Lœper et Esmonet ont établi une corrélation entre les points nodaux des différents plexus et certaines zones tégumentaires ; c'est ainsi que la palpation douloureuse de la région épigastrique indique l'atteinte du plexus solaire, la sensibilité de la zone para-vertébrale, une souffrance du plexus lombo-aortique.

La stase est en général plus marquée que dans la forme myasthénique. Les selles retracent assez fidèlement l'état du côlon : on y trouve à la fois des scybales ayant séjourné aux points contracturés et des matières volumineuses, moulées, correspondant aux régions dilatées et atones.

DÉCHÉANCE MUSCULAIRE PROGRESSIVE. — Les dégâts commis au niveau des éléments nobles de l'intestin par le processus inflammatoire chronique, la fatigue imposée à la musculature par l'état de contracture, contribuent à créer ce stade. Il ne s'établit que progressivement et l'organe ne se rend pas sans de nombreuses réactions que marquent autant de crises douloureuses. Cependant, lorsque les lésions du système nerveux autonome sont par trop avancées, que les éléments mucusaires, bourrés de leucocytes, enrobés dans le tissu conjonctif, ont par trop diminué de nombre et d'importance, on assiste à une véritable déchéance fonctionnelle du côlon transverse.

A la phase terminale le segment intestinal ne se contracte plus que sous l'influence d'excitations artificielles ; il est véritablement en asystolie.

Au point de vue clinique, trois phénomènes en découlent :

1° Constipation par stase avec un retard à l'évacuation de quarante-huit à soixante-seize heures.

2° Cœlialgies, moins vives que dans la forme précédente, parce que, habituellement, la colite a regressé ou pris une allure torpide. Les phénomènes pseudo-dyspeptiques persistent.

3° Apparition d'un état toxi-infectieux dû à la rétention stercorale, aux insuffisances glandulaires et endocrines, avec teint terreux, langue sale, fétidité de l'haleine, céphalées, etc...

La palpation, quand elle révèle quelque chose, donne l'impression d'une masse emplissant parfois tout l'abdomen ; les points nodaux souvent abaissés marquent une douleur moins aiguë, moins précise que dans la forme entéro-névritique.

La radiologie seule, fournit les éléments du diagnostic. La caractéristique de cette forme est l'allongement du transverse, allongement par atonie, sans ptose viscérale associée.

C'est le dolichotransverse de Lardennois. Comme dans la forme myasthénique, les angles sont en place, la partie moyenne du côlon est abaissée et sa pointe descend derrière le pubis.

Mais ni le refoulement manuel, ni la manœuvre de Chilaiditi, ne peuvent le mobiliser. Les formes que

peut revêtir le côlon transverse sont très variables : transverse en V, en M, en W, en S couché, etc..., (fig. 8).



Fig. 8. — Mlle Z..., 20 ans, *dolicho-transverse*.

La stase est toujours à la partie déclive.

Lardennois et Buy qui ont relaté la fréquence de ces déformations, ont fait observer, en outre, qu'elles s'accompagnaient souvent de typhlectasies secondaires ;

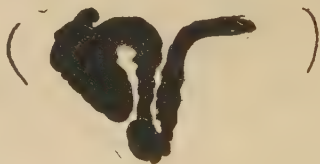


Fig. 9. — Mme E..., *allongement et ptose du transverse ; tassement de l'angle droit*.

généralement l'angle gauche reste en place, même dans les cas où il y a tassement et chute secondaire de l'angle droit et ce caractère de fixité relative des angles, permet de distinguer ces formes de la ptose (fig. 9).

Pour Faroy et Baumann, le critérium de la ptose c'est l'abaissement des deux angles au-dessous des crêtes iliaques. La ptose est en effet une maladie du mésentère, des ligaments suspenseurs, alors que l'allongement du transverse est le résultat d'un affaiblissement de la musculature. De plus, les ptosés ne sont pas toujours des constipés ; certains présentent même des évacuations accélérées, alors que les allongements d'origine colitique entraînent un certain degré de stase.

PÉRICOLITE ADHÉSIVE. — Les troubles fonctionnels moteurs étudiés au cours des trois formes précédentes ont abouti au stade de déchéance musculaire, avec coudures, allongement segmentaire. D'autre part, le processus inflammatoire chronique a peu à peu, de la paroi, gagné la séreuse, provoqué des réactions péritonéales multiples et créé ainsi des brides ou adhérences qui entravent l'évacuation par compression, fixation ou sténose.

Au point de vue anatomo-pathologique, en dehors de ces néoformations membraneuses qui indiquent une multiplication des éléments fibreux du tissu conjonctif, Loeper a décrit dans ces formes des lésions particulières du système nerveux intra-intestinal : les nerfs sont par place entièrement fibreux ; le centre des ganglions est sclérosé, et les cellules nerveuses sont englobées dans le tissu conjonctif envahisseur qui les dissocie, les étouffe et fait disparaître leurs prolongements.

On trouve, à peu de chose près, les mêmes signes

cliniques que dans la forme précédente, stase avec parfois des débâcles fétides, coelialgies et état toxico-infectieux.

Il faut reconnaître que ce processus est beaucoup plus rarement observé sur le transverse qu'au niveau du cæcum ou même de l'anse sigmoïde. Par contre, on peut faire rentrer dans le même cadre les néoformations fibreuses consécutives à des interventions sur l'abdomen qui, elles, portent surtout sur le transverse. Lardénnois, en particulier, a signalé la fréquence de ces formes chez des malades ayant subi une intervention antérieure sur l'appendice, l'utérus ou les annexes, ou même une simple laparotomie pour réfection de la paroi abdominale.

La douleur est variable ; quand le transverse seul est en cause, il existe une sensation de barre assez pénible. La douleur peut encore se manifester par des solarites, des coelialgies avec crises paroxystiques sans caractères bien nets et paraissant localisées aux plexus.

Souvent d'ailleurs ces phénomènes douloureux se combinent avec ceux que la maladie de Lane détermine au niveau du cæcum (douleur réveil-matin de Matignon et Baumann) et procèdent de la symptomatologie de la stase intestinale chronique.

Il va sans dire que la radioscopie peut donner des aspects très différents. Le caractère principal est l'immobilité des déformations sous l'écran. Dans certains cas, les troubles de transit et l'état général du malade peuvent en imposer pour un néoplasme.

On pourra trouver une fixation de la partie moyenne du transverse à la partie inférieure de l'abdomen ou une coudure des angles qui, par ailleurs restent en place (Colanéri); ou enfin des adhérences diverses de tissu cicatriciel avec les aspects les plus variés, dans les cas d'actes opératoires ayant mutilé le péritoine.

* * *

Il ne faudrait pas croire que la réalité corresponde toujours au schéma commode que l'on vient d'établir. Il est bon d'insister, au contraire sur ce fait que toute la symptomatologie se groupe différemment suivant l'évolution plus ou moins complète des étapes de la colite. Les modalités cliniques sont par suite, variées à l'infini.

Très souvent la colite du transverse évolue en même temps que d'autres localisations segmentaires (typhlocolite, appendice, sigmoïdite). Dans d'autres cas d'entéro-névrites du transverse, il arrive que le spasme et l'atonie sont visibles à la fois sous l'écran (fig. 4); chez d'autres sujets, ou chez le même à une période différente, ils se succèdent d'heure en heure, de jour en jour et il faut des examens multiples pour les saisir.

« Faut-il en conclure, comme il est généralement admis, que la colite du transverse ne peut être isolée et considérée comme une entité morbide bien définie? Nous ne le croyons pas et, si en réalité il est parfois difficile de faire la part exacte qui revient

à chacun des segments du côlon, nous croyons nécessaire de rechercher les symptômes propres au segment intermédiaire et utile d'en étudier davantage les manifestations » (Faroy et Baumann).

En groupant les divers symptômes relevés au cours des formes précédemment décrites, on dresse un tableau clinique caractérisé surtout *par l'état de souffrance des plexus solaire et mésentérique et les troubles dyspeptiques associés.*

Toutes les fois qu'un malade présentera cet ensemble de signes, l'attention sera attirée sur le côlon moyen, alors que la colite proximale se signale surtout par un syndrome toxi-infectieux et la colite terminale, par des lésions décelables à la rectoscopie.

Les faits se présentent ordinairement de la façon suivante : le malade vient consulter parcequ'« il souffre de l'estomac ». C'est souvent un amaigri. Avec un luxe de détails, il raconte qu'il n'a plus d'appétit, accuse une sensation de lourdeur et de gonflement gastriques après les repas, avec oppression, congestion de la face ou somnolence. Sa digestion, dit-il, est longue et pénible, dure jusqu'au repas suivant. Ces phénomènes se répètent après chacun des deux repas et sont périodiques. Parfois même cet état se prolonge depuis des semaines ou même des mois sans intermittence.

Le malade signale en même temps des crises douloureuses plus aiguës, immédiates ou tardives : crampes localisées de façon en général assez nette au creux épigastrique et qu'il différencie bien de la

sensation de barre douloureuse que donne le spasme du transverse. Cependant, un interrogatoire précis montre souvent la coexistence de ces deux douleurs. L'état nauséeux est fréquent, les vomissements alimentaires, assez rares. Quelquefois les crampes sont œsophagiennes, et le malade perçoit à la fois une sensation de contracture dans la partie basse de l'œsophage et une brûlure due probablement à la régurgitation de liquide gastrique. Il est bon de rappeler à ce sujet que la sensation de brûlure n'est pas une sensation gastrique ; elle ne se produit qu'au niveau des épithéliums pavimenteux.

Ces signes de dyspepsie sensitivo-motrice, sont complétés par de la sialorrhée et s'accompagnent d'une série de troubles nerveux : insomnie sans cause apparente, sans souffrance d'aucune sorte et s'opposant de façon assez curieuse à la somnolence qui suit les repas. Parfois on note en même temps de la transpiration, des crises de dyspnée ou de tachycardie, de pseudo-angor même lorsqu'il y a sialo-aérophagie. Dans la journée, fatigue physique et impotence intellectuelle, céphalées, avec parfois des douleurs rhumatoïdes fugaces, passant d'une articulation à l'autre et intéressant également le rachis.

Ne semblerait-il pas qu'on ait affaire à une affection gastrique pure et comme le disait, dans un article déjà ancien, le Dr Faroy : « à l'une de ces dyspepsies sans étiquette, mais si fréquentes, à l'origine desquelles on trouve toujours à placer la dilatation de l'estomac, la ptose gastrique, l'hypochlorhydrie,

la tachyphagie, la névropathie du sujet plus souvent encore, à moins que l'apparition tardive de douleurs et le pyrosis œsophagien, ne fassent porter le diagnostic d'hyperchlorhydrie ou d'ulcère. »

Que si, au lieu de laisser parler le malade (et il n'est pas toujours facile de l'en empêcher, tellement son état gastrique lui semble intéressant) on veut bien se donner la peine de conduire l'interrogatoire, on verra qu'il n'en est rien. L'étude des phénomènes objectifs montrera qu'on faisait fausse route et un questionnaire précis fera avouer au malade des phénomènes subjectifs primordiaux qu'il considérait comme sans importance, parce que moins bruyants.

Tout d'abord, on est frappé par le peu de signes physiques qu'on rencontre au niveau de l'estomac, tout au plus un peu d'aérophagie traduisant une certaine atonie gastrique. Cependant la douleur au point épigastrique indiquant la souffrance du plexus solaire ne manque, pour ainsi dire, jamais. Elle est d'autant plus intense que les phénomènes subjectifs sont plus marqués. Le chimisme gastrique est normal ou indifférent.

Si l'on a soin d'examiner alors l'intestin, on constate très souvent un état de spasme du côlon transverse gauche, intéressant également le sigmoïde. Dans d'autres cas, le côlon ascendant et la moitié droite du transverse seuls sont contracturés; ou enfin, au moment des crises plus intenses, une corde colique transverse plus ou moins sensible à la palpation, barre l'abdomen.

D'autre part, en interrogeant à nouveau le malade, on apprend qu'il est habituellement constipé ; les selles sont, il est vrai, quotidiennes, mais insuffisantes et difficiles. La constipation apparaît par périodes de huit, quinze jours, trois semaines, avec des débâcles diarrhéiques intercalées de deux, quatre six jours, avec rejet de matières solides et liquides, mélangées quelquefois de glaires, de muco-membranes. Dans d'autres cas, les selles sont habituellement molles et peu abondantes, et au moment des débâcles elles représentent l'évacuation normale de deux ou trois jours, en conservant à peu près les mêmes caractères. Quoiqu'il en soit, ces phénomènes intestinaux sont effacés.

Quant aux phénomènes gastriques qui dominent la scène, ils peuvent être discontinus ou continus. Discontinus, ils correspondent à un état de contraction ou de spasme du transverse ; continus, ils constituent un véritable état de mal qui, étudié avec attention, apparaîtra lié au fonctionnement intestinal. Toujours l'interrogatoire fait saisir un parallélisme parfait entre le syndrome nerveux gastrique et les périodes de débâcles intestinales.

RADIOLOGIE. — Les signes cliniques ont permis au médecin de déceler le faux gastropathe, d'orienter son examen sur l'intestin et quelques-uns d'entre eux lui ont même fait voir que le transverse était en cause. Mais le diagnostic ferme ne peut être posé que *sous l'écran*. C'est un fait d'importance capitale :

des examens radioscopiques en série vont permettre d'éliminer l'estomac et de préciser l'état intestinal, base indispensable de toute thérapeutique efficace. Le repas opaque, ingéré sous les yeux du médecin montrera un estomac à peu près normal, souvent un peu allongé. L'évacuation parfois rapide au début se ralentit ensuite. Normalement, on sait que six heures après on doit retrouver la bouillie barytée dans le cæcum ; au bout de dix heures à l'angle gauche. Le passage de l'angle gauche a lieu vers la douzième heure, l'arrivée dans le sigmoïde avant la dix-huitième heure. Après vingt-quatre et trente-six heures, il doit y avoir eu évacuation complète.

On voit que l'examen du transverse devra être fait entre la septième et la quinzième heure, après l'ingestion. Il sera souvent nécessaire de tâtonner pour saisir sur le vif la traversée du côlon transverse, étant données les modifications profondes qu'apportent, d'un sujet à l'autre, les manifestations colitiques. Quand on aura fixé pour un malade donné le début de cette traversée du transverse, une bonne méthode consiste à pratiquer des examens de deux heures en deux heures. En même temps qu'ils révèlent les anomalies de forme et de transit précédemment décrites, les examens radioscopiques ou radiographiques en série permettent de constater la stase fréquente dans le côlon droit, d'éliminer la ptose ou la néoplasie, de préciser les points douloureux et d'instituer le traitement.

TRAITEMENT

Le traitement varie avec les périodes évolutives de la colite médiane.

Si les colites aiguës guérissent facilement, on n'en peut dire autant des formes chroniques qui exigent, de la part du médecin et surtout du malade une certaine persévérance.

Chaque fois qu'il sera possible de déterminer l'agent pathologique infectieux, parasitaire ou toxique, il est bien entendu qu'on devra faire un traitement causal.

A la période de *myopathie passagère* où les lésions inflammatoires sont encore très superficielles, on s'efforcera de réaliser la désinfection de l'intestin par la diète hydrique, puis le régime hypo-azoté ; par les ferments lactiques, et en particulier les ferments liquides, plus actifs ; par les sels de bismuth et les absorbants (peroxydes, etc.). Les chlorures de calcium et de magnésium pourront rendre des services comme modificateurs locaux.

On essaiera enfin de rétablir les sécrétions biliaire, pancréatique, intestinale, presque toujours troublées.

Les lésions de la forme *neuro-myopathique* sont déjà plus rebelles. Le régime hypo-azoté sera maintenu tout le temps nécessaire et la désinfection intestinale poussée au maximum.

Les auto-vaccins, les pansements gélosés de la muqueuse seront utilisés si le résultat obtenu n'est pas satisfaisant. En même temps on aura toujours soin de soulager les malades en luttant contre les états spasmodiques, les phénomènes réflexes douloureux et les coelialgies. Ce résultat est en général assez facilement atteint par la médication calmante dont la belladone, associée ou non à la jusquiame, et l'ésérine sont les agents les plus efficaces.

« Le traitement médicamenteux varie suivant les formes vagotoniques ou sympathicotoniques ; on se rappellera que l'adrénaline est un excitant du sympathique et l'ésérine un inhibiteur ; que la pilocarpine est un excitant du nerf vague et l'atropine un sédatif » (Faroy et Baumann).

Enfin les eaux de Châtelguyon exercent sur l'intestin des colitiques une action antiseptique et modificatrice reconnue ; celles de Plombières sont considérées comme ayant une action favorable sur les coelialgies et les troubles nerveux intestinaux.

Dans les deux dernières périodes de la colite, mais surtout dès l'apparition de la forme de *déchéance musculaire*, on peut espérer de bons résultats de l'application des méthodes physiothérapiques. Encore doivent-elles être pratiquées, comme toute thérapeutique, à bon escient.

Je citerai seulement celles que j'ai vu mettre en œuvre par M. Dailly à l'hôpital Tenon et dans le service du Dr Faroy, suivant la technique réglée par Loeper et Baumann, dont voici les principaux points :

Le massage devra toujours être exécuté, en décubitus dorsal, sous le contrôle d'une radiographie. En principe on ne s'attaquera jamais à un intestin sensible.

Dès que la phase douloureuse est passée, si l'on se trouve en présence d'un intestin spasmodique, le massage sera fait très légèrement pour obtenir la résolution ; si le transverse est atone, un véritable pétrissage du viscère sera nécessaire pour réveiller les contractions. On terminera par un massage de la paroi et des mouvements de gymnastique abdominale et diaphragmatique (manœuvre de Chilaïditi).

Les formes réductibles de la stase, le dolicho-transverse, les coudures et, dans quelques cas favorables, les péricolites membraneuses en voie d'évolution, céderont à ces manœuvres, pour peu que l'on persévère.

Quant aux formes irréductibles, par brides ou adhérences anciennes et multiples, elles relèvent du traitement chirurgical.

CONCLUSIONS

L'exposé de ces faits conduit aux quelques conclusions suivantes :

1^o Dans la pathologie du gros intestin, entre les deux syndromes colitiques classiques cæco-ascendant et sigmoïdo-rectal, mérite de prendre place un ensemble symptomatologique propre au côlon transverse ;

2^o Cette opinion est basée sur la physiologie et l'anatomie pathologique de ce segment du gros intestin qui est, au premier chef, un organe moteur compris entre deux zones sphinctériennes, doté d'un système nerveux intra-intestinal important ;

3^o De ce qui précède, il résulte qu'à l'état pathologique le transverse présentera surtout des troubles de la motricité. La clinique et la radiologie permettent d'étudier ces troubles ; l'anatomie pathologique confirme leurs données. Par ce procédé on arrive à constituer quatre formes nosologiques évolutives dans lesquelles tous les faits observés peuvent être rangés ;

4^o *Forme myasthénique* : légère, caractérisée par un affaiblissement passager de la musculature du transverse.

Forme entéro-névritique : marque une atteinte plus ou moins sévère du système nerveux intra-intestinal. Elle est caractérisée par une exagération du réflexe de compensation, d'où réactions spasmodiques locales ou générales qui se traduisent par un aspect arythmique ou éréthique, suivant le cas. Les coéialogies et les fausses gastropathies signalent cette forme au point de vue clinique.

Déchéance musculaire progressive : dans la forme complète on assiste à une véritable asystolie du côlon transverse, qui a perdu peu à peu toute tonicité par les lésions de son système nerveux propre et de ses éléments musculaires. La radiologie montre un côlon allongé, ectasié, atone.

Péricolite adhésive : Le processus inflammatoire chronique peut donner lieu enfin, à des réactions péricoliques fibreuses avec adhérences multiples. Plus fréquemment, ces lésions, lorsqu'on les observe au niveau du transverse, sont consécutives à une opération abdominale mutilante pour le péritoine ou à une péritonite tuberculeuse méconnue.

5° Ces formes n'ont pas, bien entendu, de valeur absolue ; la colite évolue plus ou moins complètement et les modalités cliniques se chevauchent et varient à l'infini.

6° Il n'en reste pas moins vrai qu'il y a le plus grand intérêt à connaître cette symptomatologie pour différencier ces malades des dyspeptiques et des ptosés. La plupart d'entre eux, en effet, présentent un syndrome de dyspepsie sensitivo-motrice et des

coelialgies capables d'égarer le diagnostic. Mais un examen attentif fera soupçonner la colite du transverse ;

7° Seul l'emploi de la radiographie ou radioscopie, en série, permet d'assurer ce diagnostic.

Vu : le Président de la thèse,
CARNOT

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Bardier.* — Les fonctions digestives (Doin, éditeur).
- Beclère.* — Radioscopie et radiographie des organes splanchniques (II^e Congrès intern. électro-radiologie médicale, Berne, 1902).
- Bensaude, Guenaux et Constantin.* — Journal médical français, juin 1919.
- Buy.* — Ligaments du côlon transverse (Bibliogr. anat., 1903).
- Cannon (W.).* — Les facteurs mécaniques de la digestion (Londres, 1911).
- Constantin.* — Thèse Paris, juillet 1919.
- Ducatte.* — Les ptoses du gros intestin et leurs complications chirurgicales. Thèse Paris, 1899.
- Faroy.* — La Presse médicale, 30 mai 1918 ; La médecine, juillet 1922.
- Notes de Pharmacologie ; Progrès médical, 1920 à 1923.
- Faroy et Baumann.* — Concours Médical, avril 1923.
- Presse médicale, 13 juin 1923.
- Faroy et Lian.* — Les troubles dyspeptiques de l'insuffisance cardiaque (Gaz. Hôp., 23 juin 1914).
- Fromont.* — Anatomie du côlon transverse. Thèse Lille, 1890.
- Froussard.* — L'entéro-colite muco-membraneuse. Thèse Paris, 1900.
- Germain Sée* — Des dyspepsies gastro-intestinales. Paris, 1881.
- Girard.* — De quelques anomalies du côlon transverse (Bibliogr. anat., 1903).
- Glénard (F.).* — Lyon Médical, 1885 (Page 541).
- Glénard (R.).* — Thèse doctorat es-Sciences. Paris, 1913.
- Gley.* — Traité de Physiologie.
- Goiffon.* — Manuel de coprologie clinique. Paris, 1921.
- Grégoire (R.).* — Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen. Baillière, Paris.
- Henser.* — Examen radioscopico de los organos abdominales (Semana. Medica, Buenos Aires, 1902).
- Hutinel.* — La Presse médicale, 7 février 1911.

- Laban (R.)*. — Le segment transversal du côlon, Thèse Paris, 1923.
- Langenhagen (de)*. — L'entéro-colite muco-membraneuse (Presse médicale, 11 mai 1901).
- Lardennois*. — La Presse médicale, 1913, n° 47.
- Læper*. — Leçons de pathologie digestive (4^e et 5^e séries 1919 et 1922).
- La gastronévrose du vague et du sympathique. Leçons (pathol. digestive, 3^e série. Paris, 1914).
- Læper et Baumann*. — Concours médical, avril 1923.
- Læper et Ramond*. — Progrès médical, 21 juillet 1917.
- Marre*. — Les réactions générales d'origine colique (Thèse Paris, 1910).
- Martel (de) et Antoine*. — Les fausses appendicites. Paris, 1922.
- Mathieu (A.)*. — Pathologie gastro-intestinale. Troisième série. Etudes de séméiologie et thérapeutique intestinale. Paris, 1911.
- Millon et Marre*. — Les pertes de connaissance dans les réactions d'origine coliques (Arch. des maladies de l'app. digestif, nov. 1910).
- Mathieu et Millon*. — Arch. des maladies de l'app. digestif, nov. 1909.
- Mauclaire et Mouchet*. — Société anatomique. Paris, juillet 1896.
- Ramond, Carrié et Petit*. — Société Méd. des Hôp. de Paris, 21 déc. 1917 et 11 janvier 1918.

